

**GIOVANNI CÉSAR STOLF**

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO ATENDIDO NO  
CENTRO DE SAÚDE II ITACORUBI**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2001**

**GIOVANNI CÉSAR STOLF**

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO ATENDIDO NO  
CENTRO DE SAÚDE II ITACORUBI**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Edson José Cardoso  
Orientador: Paulo Fontoura Freitas**

**FLORIANÓPOLIS – SC  
2001**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Emiliano e Carmen, e a meus irmãos, Giuliano e Giancarlo, pelo eterno incentivo e apoio irrestrito na conquista de minhas metas e fortalecimento de minhas convicções.

Ao Dr. Paulo Fontoura Freitas, tanto por sua orientação quanto pela paciência, qualidade indispensável ao mestre, no período transcorrido desde a concepção até a conclusão do presente estudo.

Ao valoroso colega e excelente amigo Kléber Serafim Dal Toé, por suas idéias, sua persistência e grande confiança no alcançar dos objetivos deste trabalho

À acadêmica Luciana Amboni Conti e sua família, que mostraram grande generosidade e companheirismo, seja nos momentos de sucesso, seja nas muitas horas de exaustivo trabalho e intensa preocupação.

Ao Dr. Júlio Coutinho Filho, à amiga e grande colaboradora Cleusa, e aos agentes de saúde, que em momento algum esmoreceram diante das dificuldades ou deixaram de dar suporte e credibilidade ao trabalho realizado.

A todos os pacientes, familiares e amigos que se dispuseram a contribuir para a realização desta pesquisa.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....01

2 – OBJETIVO.....07

3 – MÉTODO.....08

4 – RESULTADOS.....12

5 – DISCUSSÃO.....21

6 – CONCLUSÕES.....27

7 – REFERÊNCIAS.....29

NORMAS ADOTADAS.....32

RESUMO.....33

SUMMARY.....34

APÊNDICE.....35

# 1 - INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico da população brasileira, como na última década, permanece com predominância de doenças da modernidade sem, contudo, ter se libertado da alta morbidade por doenças do subdesenvolvimento, como as enfermidades infecto-contagiosas<sup>1</sup>. Do conjunto de fatores interferindo no processo desta transição epidemiológica que não se completa, o envelhecimento populacional chama particular atenção por sua ocorrência de modo acelerado, aumentando a probabilidade de expressão das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), dentre as quais podemos destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)<sup>1</sup>.

A HAS, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular)<sup>2</sup>. Pode também ser definida como uma pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg e/ou níveis tensionais abaixo destes valores sob terapêutica medicamentosa<sup>3,4</sup>.

A HAS é uma doença basicamente detectável através da medida da pressão arterial<sup>5</sup>. Trata-se de uma doença muito freqüente no Brasil, contrariando a idéia de que seria uma doença crônico-degenerativa importante somente para os países desenvolvidos<sup>6</sup>. Estima-se que 15 a 20% da população brasileira possa ser rotulada como hipertensa<sup>2</sup>. Considerada um dos principais fatores de risco de morbidades e mortalidade cardiovasculares, o alto custo social da HAS é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo no trabalho em nosso

meio<sup>2</sup>. Assim, a HAS é um dos problemas de saúde pública, potencialmente tratável, com mais impacto na sociedade<sup>3</sup>.

Mais da metade dos estudos sobre HAS, no caso do Brasil, aponta maior prevalência no sexo masculino<sup>6</sup>. A HAS é mais comum nos homens que nas mulheres até, aproximadamente, os 50 anos de idade; após essa idade, tende a ser mais comum no sexo feminino<sup>5</sup>. As mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares antes da menopausa<sup>2</sup>. A prevalência de HAS em pacientes diabéticos é pelo menos 2 vezes a da população em geral, estando claramente associada à nefropatia diabética no diabetes tipo I<sup>2,7</sup>. A prevalência aumenta com a idade em todos os grupos – negros, brancos, homens e mulheres<sup>5</sup>. Estudos epidemiológicos brasileiros demonstram elevada prevalência de HAS entre idosos (cerca de 65%)<sup>2</sup>. A prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada, bem como é maior sua gravidade, comportamento que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou sócio-econômicos<sup>2</sup>. Entretanto, predominam em nosso país os miscigenados, uma população que pode diferir dos negros quanto às características da HAS<sup>2</sup>.

Tanto nas sociedades industrializadas como principalmente nos países menos desenvolvidos, a maioria dos hipertensos encontra-se mal controlada<sup>3</sup>. Pelo fato de ser multicausal e multifatorial, por não acarretar, na maioria das vezes, qualquer sintoma e, por envolver orientações voltadas para diversos objetivos, o sucesso na consecução da abordagem ao hipertenso é bastante limitado<sup>2</sup>. Wilber e Barrow acreditam que o maior problema para o controle da HAS seja o seu curso silencioso<sup>APUD 8</sup>. Porque é geralmente assintomática, a HAS acaba sendo ignorada por uma grande percentagem de hipertensos cujo ceticismo aumenta, quanto à impalpável eficácia da terapêutica, se esta trouxer efeitos secundários<sup>9</sup>.

Um largo conjunto de estudos epidemiológicos estabeleceu uma clara relação entre hipertensão arterial e doença cardiovascular (DCV)<sup>3</sup>. A HAS é o principal fator preditivo de acidente vascular cerebral (AVC), está presente em cerca de 75% dos doentes que desenvolvem insuficiência cardíaca e representa um fator de risco para o desenvolvimento de insuficiência renal crônica, aneurisma e dissecção aórtica<sup>3</sup>. Entre os idosos, a hipertensão sistólica isolada (PAS  $\geq$  140 mmHg e PAD  $<$  90 mmHg) é a mais prevalente e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica<sup>2,4,10</sup>. O aumento do risco cardiovascular em hipertensos ocorre também pela agregação de outros fatores de risco, tais como tabagismo, dislipidemias, intolerância à glicose e diabetes melito(DM)<sup>2</sup>.

A decisão terapêutica deve levar em conta, além dos valores da pressão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo (episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico; nefropatia; doença vascular arterial periférica; retinopatia hipertensiva; doenças cardíacas, tais como hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca) e de fatores de risco cardiovascular associados<sup>2,4,5</sup>. Os fatores de risco maiores incluem: tabagismo, dislipidemia, diabetes melito, idade acima de 60 anos, sexo (homens ou mulheres pós-menopausa) e história familiar de DCV (em mulheres com menos de 65 anos e/ou homens com menos de 55 anos de idade)<sup>2</sup>.

Utilizando-se como parâmetro o fator de risco individual, os pacientes hipertensos podem ser divididos nos seguintes grupos: A (sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo), B (sem lesão em órgão-alvo e com fatores de risco, não incluindo o diabetes melito) e C (presença de lesão em órgão-alvo, DCV clinicamente identificável e/ou DM)<sup>2</sup>. A decisão terapêutica também é baseada nos níveis pressóricos, através dos quais a PA pode ser classificada como: normal

(PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg), normal limítrofe (PAS entre 130 e 139, e PAD entre 85 e 89 mmHg), hipertensão estágio 1 ou leve (PAS = 140-159 e PAD = 90-99), hipertensão estágio 2 ou moderada (PAS = 160-179 e PAD = 100-109) e hipertensão estágio 3 ou severa (PAS  $\geq$  180 e PAD  $\geq$  110)<sup>2,4,5,6</sup>.

A presença de fatores de risco não-modificáveis (sexo masculino, idade superior a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres e hereditariedade de doença coronariana prematura) implica em maior rigor no controle dos fatores de risco modificáveis<sup>2</sup>. Existe um consenso geral sobre 5 causas modificáveis de elevação da PA: ingesta excessiva de calorias (levando à obesidade), sal e álcool; atividade física inadequada; baixa ingesta de potássio e utilização de drogas que elevam a PA<sup>2,10,11</sup>.

O tratamento não-medicamentoso visa diminuir a morbidade e mortalidade cardiovasculares por meio de modificações no estilo de vida que propiciem a redução da PA, apresentando vantagens como o baixo custo, risco mínimo, aumento da eficácia do tratamento medicamentoso e redução da PA e do risco cardiovascular<sup>2,5</sup>. Há uma relação direta positiva entre o peso corporal ou índice de massa corporal (IMC) e a PA, sendo a perda ponderal, potencialmente, a mais eficaz entre as formas não-farmacológicas de tratamento da HAS<sup>5,12</sup>. Hoje em dia, a literatura mundial é praticamente unânime em considerar a forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da PA, recomendando-se, de um modo geral, ingestão de sódio inferior a 100 mEq/dia (6 g de sal = 1 colher de chá)<sup>2,5</sup>. A ingestão do potássio, cuja indicação se justifica pelos efeitos anti-hipertensivo, protetor contra danos cardiovasculares e auxiliar na terapia com diuréticos, pode ser aumentada pela escolha de alimentos pobres em sódio e ricos em potássio (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja)<sup>2,5</sup>. O valor da redução do consumo de



álcool (não ultrapassando 30 ml de etanol/dia) vai além de seu efeito direto na PA, pois pacientes que abusam do álcool tendem a ser menos aderentes à terapia anti-hipertensiva<sup>12</sup>. O exercício isotônico regular (30-45 min, 3-5 vezes/semana) promove redução da PA e benefícios adicionais, como diminuição do peso e ação no tratamento das dislipidemias e da resistência à insulina<sup>2,5,12,13</sup>.

Não existem evidências de que o abandono do fumo beneficie o controle da PA, mas o tabagismo deve ser combatido por constituir risco para DCV e morte súbita<sup>2,5</sup>. Assim como o abandono do tabagismo, evitar drogas que potencialmente elevem a PA e o controle de dislipidemias e do DM constituem medidas associadas no controle da HAS<sup>2</sup>.

Há evidências de possíveis efeitos na PA relacionados a “condições estressantes”, como insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego e inatividade física, embora a eficácia do tratamento antiestresse ainda não se encontre estabelecida universalmente<sup>2,4</sup>. Estudos observacionais em humanos têm apresentado a hipótese de que a quantidade de proteínas na dieta estaria inversamente relacionada aos níveis pressóricos, fator que ainda precisa de avaliações mais profundas como estratégia anti-hipertensiva<sup>10,14</sup>.

Os princípios gerais do tratamento medicamentoso são: eficácia por via oral; boa tolerância; menor número possível de tomadas diárias (preferência por medicamentos de dose única diária); instrução do paciente sobre a doença e sobre efeitos colaterais; adequação às condições sócio-econômicas do paciente<sup>2</sup>. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente em nosso meio podem ser divididos em 6 grupos: diuréticos, inibidores adrenérgicos (de ação central, bloqueadores alfa-1 e betabloqueadores), vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas dos canais de cálcio e antagonistas dos receptores de angiotensina II<sup>2</sup>. Diuréticos, betabloqueadores,

antagonistas dos canais de cálcio, IECA e antagonistas dos receptores de angiotensina II são as drogas preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial<sup>2</sup>.

O bom senso recomenda escolher as medidas factíveis para cada caso, priorizando as que têm acentuado efeito na saúde como um todo<sup>6</sup>. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens e a formulação de uma equipe multiprofissional, cuja atuação se justifica pelas seguintes vantagens: maior número de pessoas atendidas e/ou com PA controlada; adesão nitidamente superior; cada paciente atua como agente multiplicador de hábitos de vida saudáveis; favorecimento do desenvolvimento de projetos e ações de pesquisa em serviço<sup>2</sup>. Os agentes comunitários em saúde são o elo entre a equipe multiprofissional e a comunidade, através da coleta de dados referentes à HAS, sugestão de encaminhamento para Unidades de Saúde de Referência e ações educativas primárias<sup>2</sup>. A participação do médico consiste de: consulta médica; responsabilidade pelas condutas terapêuticas; revisão da avaliação clínica e apoio aos demais membros<sup>2</sup>.

A HAS permanece como um sério problema de saúde pública, constituindo-se em causa de sérias complicações e provocando crescente preocupação por parte dos órgãos governamentais<sup>14</sup>. No Brasil, o problema tem sido tratado de diferentes formas, de acordo com as rotinas de cada Unidade Federativa, onde foram instituídos programas de assistência ao hipertenso nos postos de saúde da rede pública<sup>14</sup>. Entretanto, esses programas não são avaliados periodicamente pelos serviços de saúde, desconhecendo-se, desta forma, a eficácia dos mesmos<sup>14</sup>. Verifica-se, portanto, a necessidade de estudos mostrando o perfil desses pacientes, assim como sua adesão ao programa<sup>14</sup>.

## **2 – OBJETIVO**

O presente estudo tem por objetivo descrever o perfil dos pacientes hipertensos atendidos no Centro de Saúde II Itacorubi fornecendo, desta maneira, subsídios para uma avaliação mais ampla dos programas de atendimento aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **3 – MÉTODO**

O estudo aqui apresentado é do tipo transversal, de caráter descritivo. Foi realizado durante os meses de Abril e Maio de 2001, por meio de visitas domiciliares na procura dos pacientes hipertensos atendidos no Centro de Saúde II Itacorubi (CS II Itacorubi). Este Centro de Saúde encontra-se vinculado à Prefeitura Municipal de Florianópolis e faz parte do programa docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Os critérios de inclusão usados no presente estudo foram:

1. pacientes com diagnóstico de HAS de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA);
2. pacientes atendidos, no Centro de Saúde II Itacorubi, por médico e/ou estudantes do quinto ano de Medicina da UFSC.

Foram incluídos neste trabalho 86 indivíduos cadastrados pelos agentes comunitários de saúde como pacientes hipertensos em acompanhamento no CS II Itacorubi. Deste número, foram excluídos 6 pacientes que não foram encontrados em suas residências após 3 tentativas de visitas domiciliares. Como instrumento de pesquisa, utilizou-se um questionário aplicado a cada paciente, após seu consentimento informado, através do qual foi realizada coleta de informações referentes a aspectos de ordem demográfica e social, história médica e características comportamentais (hábitos e atividade física). Também foi realizada a detecção de fatores associados e lesões em órgãos-alvo, através da interpretação de exames complementares apresentados pelos pacientes.

Em virtude da ocorrência da reforma do Centro de Saúde durante o período em que se realizou a pesquisa, a aferência da PA foi efetuada por enfermeira, auxiliar

de enfermagem ou médico em outro centro de saúde ou em hospital, com esfigmomanômetro de mercúrio ou do tipo aneróide, devidamente calibrado (quando a medida foi efetuada no Centro de Saúde Saco Grande I). Os níveis pressóricos obtidos através da aplicação do questionário corresponderam ao valor da PA mais recente encontrado nos registros dos agentes comunitários de saúde ou no cartão de registros do próprio paciente hipertenso.

Foi realizada a medida com o paciente em posição sentada, após descanso mínimo de 10 minutos, registrando-se o valor da PA do braço em que se encontrava mais elevado. A PAS foi determinada no instante do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a PAD, no momento em que o som desapareceu (fase V de Korotkoff)<sup>2</sup>.

Foram pesquisados os seguintes fatores de risco maiores:

1. tabagismo;
2. dislipidemia (colesterol total com valor  $\geq 240$  mg/dl)<sup>15</sup>;
3. DM tipo 2 (indivíduos com sintomatologia evidente e glicemia plasmática de jejum  $\geq 140$  mg/dl, ou, em realizações a qualquer momento do dia,  $\geq 200$  mg/dl; pacientes com glicemia plasmática venosa de jejum  $\geq 140$  mg/dl, confirmada em 2 ou mais ocasiões; indivíduos com glicemia venosa de jejum  $< 140$  mg/dl, mas com fatores de risco de DM e que também apresentem glicemias maiores ou iguais a 200 mg/dl duas horas após sobrecarga oral com 75 gramas de glicose anidra)<sup>7</sup>;
4. sexo masculino (ou feminino após a menopausa);
5. história familiar de DCV em homem com menos de 55 anos ou mulher com menos de 65 anos de idade.

Foram pesquisadas, dentre as lesões em órgãos-alvo: as doenças cardíacas (como hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica prévia e insuficiência cardíaca); episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico; nefropatia; doença vascular arterial periférica. Devido à não realização, nos pacientes referidos neste trabalho, de exame de fundo de olho como rotina para o diagnóstico de retinopatia hipertensiva, esta lesão de órgão-alvo foi excluída da coleta de dados.

O estabelecimento de uma possível relação desses pacientes hipertensos com o fator obesidade foi prejudicado devido à impossibilidade de consulta de prontuários, em virtude do fechamento do CS II Itacorubi para reformas desde o mês de Dezembro de 2000. Desta maneira, não foram computados a estatura e o peso corporal dos pacientes, para a determinação do índice de massa corporal (IMC).

Os outros dados referentes aos pacientes hipertensos que foram alvo do presente estudo foram:

1. idade;
2. sexo;
3. valor da PA (registro mais recente, através do qual os hipertensos foram classificados em controlados e não-controlados, e, quanto aos níveis pressóricos, em pacientes com PA normal, normal limítrofe, HAS leve, HAS moderada e grave e Hipertensão Sistólica Isolada);
4. tempo de diagnóstico (em anos);
5. grau de instrução escolar (considerando como indivíduos com baixo grau de escolaridade os analfabetos e aqueles com o 1º grau incompleto);
6. estado civil;

7. renda familiar mensal (em reais e em salários-mínimos no valor vigente);

8. tratamento farmacológico instituído pelo médico.

Os pacientes foram classificados como controlados ou não-controlados tomando-se como parâmetro os valores de  $PAS \leq 140$  mmHg e  $PAD \leq 90$  mmHg<sup>13</sup>. No que concerne às classes de HAS, os pacientes foram categorizados segundo os critérios presentes no III CBHA.

O conjunto de informações coletadas foi reunido em um banco de dados e submetido a análise estatística de acordo com a metodologia descritiva usual, recorrendo ao programa EPInfo versão 6.04. As variáveis categóricas foram expressas em números e percentual. As variáveis contínuas foram expressas por média  $\pm$  desvio-padrão (DP), mediana e moda. As associações e proporções apresentadas neste trabalho foram comparadas e testadas através da determinação do valor do p referente aos dados presentes.

## 4 – RESULTADOS

A distribuição dos pacientes mostrou que 73,8 % (59) eram do sexo feminino.

O estudo abrangeu pacientes com idades mínima de 34 e máxima de 86 anos. A média de idade foi de 62,08 anos, com desvio-padrão (DP) de 12,17 anos. A mediana foi de 62,5 anos e a idade de 68 anos correspondeu à moda. A faixa etária mais freqüente foi a de 60 a 69 anos (32,5 %), e 95 % (76) tinham idade igual ou superior a 40 anos e 61,3 % (49) tinham idade igual ou superior a 60 anos. A Figura 1 mostra a distribuição dos pacientes em faixas etárias. Cerca de 80 % dos pacientes se encontravam na 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> décadas de vida.

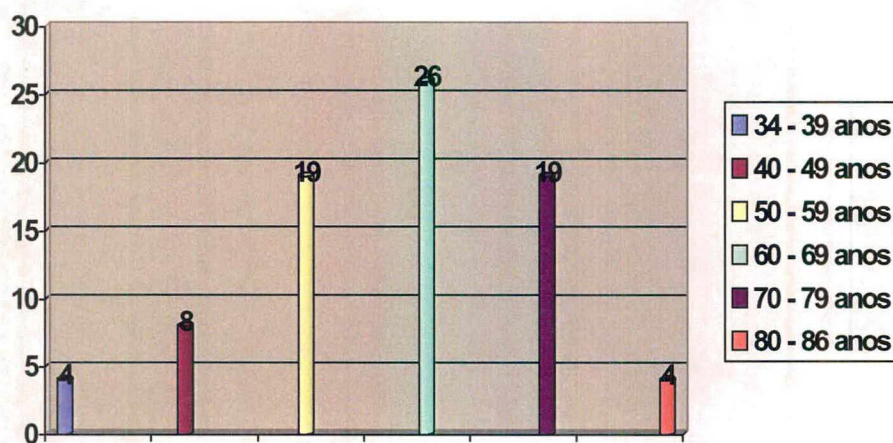


Figura 1 – Distribuição em faixas etárias dos pacientes hipertensos atendidos no CS II Itacorubi, 2001.



No que diz respeito ao estado civil, 66,3 % (52) dos pacientes eram casados ou encontravam-se em união estável, 30 % (24) eram viúvos e o restante eram solteiros ou separados.

A média da renda mensal familiar foi de 452,82 reais, com DP de 438,1 reais. A mediana foi de 300 reais e o valor mais freqüente foi de 151 reais ou 1 salário mínimo vigente (SMV). O valor máximo encontrado foi de 2000 reais, enquanto o mínimo foi de 151 reais. Também foi realizada a distribuição dos pacientes quanto à renda mensal em faixas salariais (Figura 2). Observou-se que a faixa mais freqüente foi a de 1 a 3 SMV (65 %).

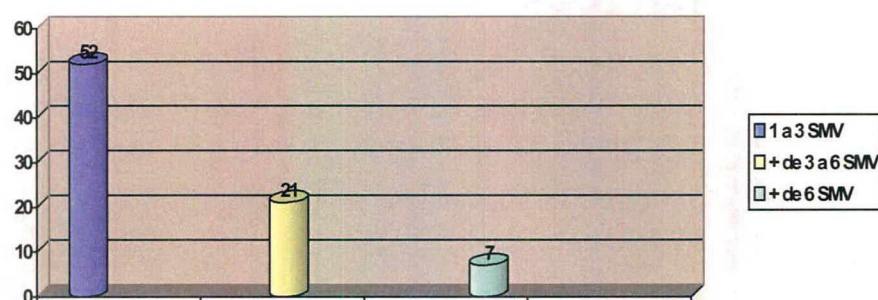


Figura 2 – Distribuição, quanto à faixa de renda familiar mensal, dos pacientes hipertensos atendidos no CS II Itacorubi, 2001.

O tempo de diagnóstico da HAS foi, em média, de 10,43 anos, com DP de 8,38 anos e apresentando como mediana e moda, respectivamente, os valores de 9,5 e 2 anos. O valor máximo encontrado foi de 30 anos, e o mínimo, de 1 ano de diagnóstico. Metade dos pacientes tinha diagnóstico há menos de 10 anos. O tempo de diagnóstico mostrou relação com a faixa etária dos pacientes, tendo em vista que 77 % dos pacientes com mais de 20 anos de diagnóstico tinham idade igual ou superior a 60 anos ( $p = 0,05$ ).

O atendimento no Centro de Saúde estava sendo realizado apenas pelo médico em 65 % dos indivíduos, e por médico acompanhado pelo estudante de Medicina em 35 %.

Mais que a metade dos pacientes foi enquadrada como de baixo grau de instrução escolar, conforme mostrado na Figura 3.

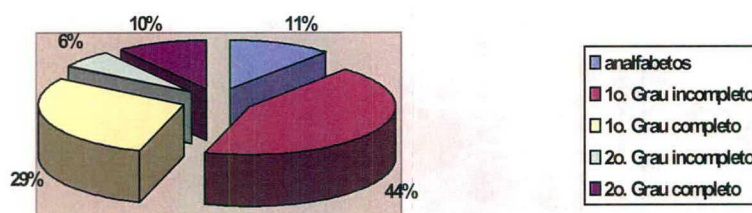


Figura 3 – Grau de instrução escolar dos pacientes hipertensos atendidos no CS II Itacorubi, 2001.

No que se refere à presença dos fatores de risco maiores (e/ou de lesão em órgão-alvo), 2,5 % não apresentavam fator algum e 35 % (28) apresentavam apenas 1 fator de risco, com uma variação de zero a 4 fatores. O teste de Mantel-Haenszel mostrou uma tendência ao aumento na prevalência de lesões em órgãos-alvo entre os pacientes com maior número de fatores de risco maiores ( $p < 0,05$ ).

O sexo feminino pós-menopausa foi o mais freqüente entre os fatores de risco maiores (Tabela I).

Apenas 5 % se declararam fumantes, enquanto 95 % se declararam não-fumantes, sendo que 78,8 % referiram o hábito de fumar anteriormente ao diagnóstico de HAS.

Dos 74 pacientes com exames complementares para diagnóstico de dislipidemia, 60,8 % não apresentavam esse fator de risco. Da mesma forma, dos 76 pacientes com exames complementares para investigação de DM, 71,1 % não apresentavam esse diagnóstico (Tabela I).

Tabela I – Frequência dos fatores de risco maiores e lesões em órgão-alvo nos pacientes hipertensos atendidos nos CS II Itacorubi

Fatores de risco	Sim (%)	Não (%)
Tabagismo	5	95
Sexo masculino	26,3	73,7
Sexo feminino pós-menopausa	61,2	38,8
História familiar de DCV precoce	28,8	71,2
Dislipidemia	60,8	39,2
Diabete melito	28,9	71,1
<b>Lesão em órgão-alvo</b>	17,8	82,2

Fonte: Perfil do Paciente Hipertenso Atendido no Centro de Saúde II Itacorubi, 2001.

A Tabela II mostra que, num grupo de 74 pacientes com exames tanto para DM quanto para dislipidemia, encontrou-se associação entre a primeira e a segunda condição em mais de 50 % dos 21 diabéticos. Nos 53 indivíduos não-diabéticos restantes, o fator dislipidemia estava presente em apenas 34 % (p = NS).

A presença de lesão em órgão-alvo foi positiva em 17,8 % dos 73 pacientes com exames para investigação diagnóstica (Tabela I). A maior parte (61,5 %) destes indivíduos apresentava 2 lesões. Dentre as lesões investigadas, as doenças cardíacas foram as mais comumente apresentadas, com 8 relatos de angina pectoris, 3 de IAM prévio, 1 de HVE e 1 de insuficiência cardíaca.

Quase a totalidade dos pacientes havia recebido indicação de terapêutica medicamentosa. Destes, 83,6 % receberam indicação de diurético e 28,2 % receberam IECA (Figura 4). O regime medicamentoso mais encontrado foi a monoterapia com diurético (51,3 %), seguido da associação entre diurético e



IECA (17,9 %). Mais de 50 % referiam uso irregular ou não-uso da medicação (Quadro I).

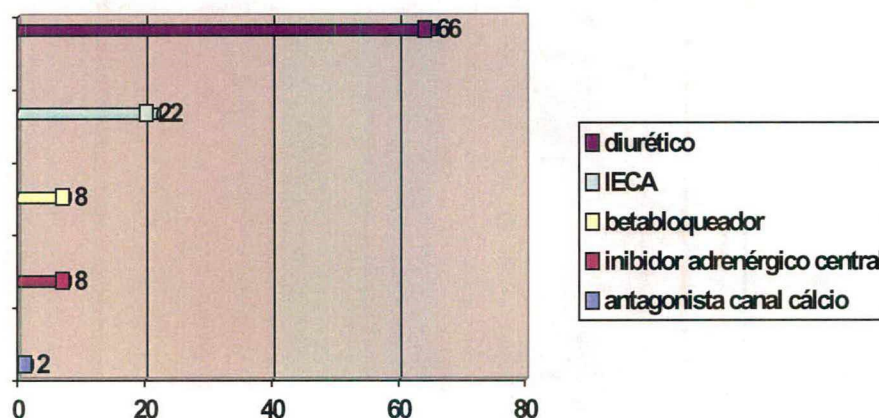


Figura 4 – Medicções anti-hipertensivas mais utilizadas pelos pacientes com HAS atendidos no CS II Itacorubi, 2001.

QUADRO I – Distribuição dos hipertensos do CS II Itacorubi com indicação de tratamento farmacológico quanto ao uso da medicação anti-hipertensiva

REGULAR	38 (48,7 %)
IRREGULAR	30 (38,5 %)
NÃO USA	10 (12,8 %)
<b>TOTAL</b>	<b>78 (100 %)</b>

Tabela II – Relação entre DM e dislipidemia nos hipertensos atendidos no CS II Itacorubi

<b>Diabete melito</b>	<b>Dislipidemia</b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Sim	52,4 %	47,6 %	<b>100 %</b>
Não	34 %	66 %	<b>100 %</b>
<b>p = NS</b>			

Fonte: Perfil do Paciente Hipertenso Atendido no Centro de Saúde II Itacorubi, 2001.

A PAS média foi de 147,76 mmHg, com DP de 21,14 mmHg e valores máximo e mínimo, respectivamente, de 220 e 100 mmHg. O nível pressórico de 140 mmHg correspondeu aos valores de moda e mediana. A PAD média foi de 89,7 mmHg, com DP de 13,44 mmHg e valores máximo e mínimo, respectivamente, de 150 e 70 mmHg. A mediana foi de 90 e 80 mmHg foi o valor mais freqüente.

Os pacientes foram distribuídos conforme as classes de HAS (Figura 5). A HAS moderada e grave foi mais comum na faixa etária de 60 a 69 anos ( $p = NS$ ). A HSI apresentou-se de forma mais comum na 6<sup>a</sup>. e 8<sup>a</sup>. décadas ( $p = NS$ ). A HSI também se mostrou como o principal fator preditor de lesões em órgão-alvo, uma vez que a prevalência das mesmas foi de 40 % entre os indivíduos que se encontravam nesta classe de HAS, frente a uma prevalência de 12,5 % nos pacientes com HAS moderada/grave ( $p = NS$ ).

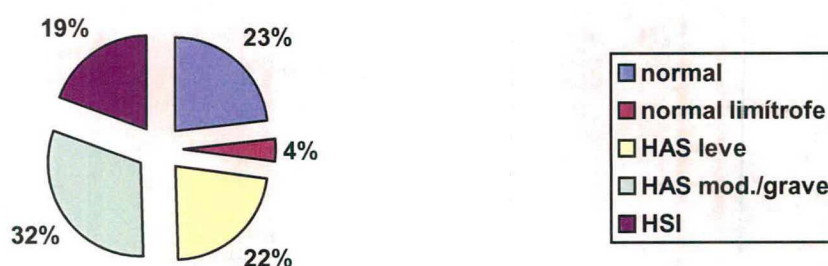


Figura 5 – Distribuição dos hipertensos atendidos no CS II Itacorubi quanto aos níveis pressóricos.

Verificou-se, por outro lado, que mais de 50% dos pacientes não tinham PA controlada, utilizando-se como valores de referência a  $PAS \leq 140 \text{ mmHg}$  e a  $PAD \leq 90 \text{ mmHg}$  para definir o controle da HAS<sup>13</sup>. Encontrou-se controle da HAS mais efetivo na 5ª. e 9ª. décadas de vida, com 75 % de pacientes controlados ( $p = \text{NS}$ ).

No sexo feminino, a prevalência dos pacientes controlados foi de 47,36 %. Não houve diferença significativa em relação ao sexo masculino.

A prevalência de lesões em órgãos-alvo não se mostrou diferente tanto no grupo de indivíduos com PA controlada como no grupo de não-controlados ( $p = \text{NS}$ ).

A prevalência de indivíduos controlados foi menor nos dislipidêmicos (34,5 %), frente a 48,9 % no grupo sem esse fator de risco. Em se tratando do DM, ocorreu o inverso: a prevalência de hipertensos controlados foi inferior nos não-diabéticos ( $p = \text{NS}$ ).

Nenhum dos fumantes tinha PA sob controle. Entre os não-fumantes, cerca de 48 % estavam controlados. O teste de Mantel-Haenszel evidenciou o tabagismo como fator prejudicial ao controle da PA ( $p < 0,05$ ).

No grupo de pacientes com PA sob controle, mais que a metade referiu uso regular da medicação, enquanto mais de 60 % dos não-controlados referiu uso irregular ou não-uso do anti-hipertensivo, conforme mostrado na Tabela III ( $p = 0,07$ ).

## 5 – DISCUSSÃO

A grande maioria dos pacientes encontrados no presente estudo era do sexo feminino. Este resultado mostrou semelhança com o do estudo de Braga, CC, e Silva, CVP et al., em que 70,6 % dos pacientes eram do sexo feminino e que coloca as mudanças de hábitos da população feminina (como aumento do acesso ao mercado de trabalho, do tabagismo e o uso de anticoncepcionais) como um possível fator atuando no favorecimento da ampliação da frequência da HAS e suas complicações<sup>14</sup>. Segundo esse mesmo estudo, talvez o fato possa ser explicado pela maior procura do serviço no Centro de Saúde pelas mulheres<sup>14</sup>. “Estudo realizado por Santos et al na zona urbana de Cáceres (MT) revela que as mulheres apresentaram maior prevalência de HAS do que os homens”<sup>14</sup>. No estudo de Hafe, PV e Andrade, MJ et al., a prevalência global foi superior no sexo feminino sem, no entanto, uma diferença tão significativa, uma vez que 53,1 % eram mulheres e 46,9 % eram homens<sup>3</sup>. Entretanto, mais da metade dos estudos realizados no Brasil sobre HAS aponta para uma maior prevalência no sexo masculino<sup>1,6</sup>.

Com relação à faixa etária, 95 % dos pacientes no presente estudo tinham idade igual ou superior a 40 anos e 61,3 % tinham idade igual ou superior a 60 anos. No estudo de Braga, CC et al., a prevalência de indivíduos com idade maior ou igual a 40 anos alcançou 78,3 % e 34,9 % tinham idade igual ou superior a 60 anos<sup>14</sup>. O estudo de Hafe, PV et al. evidenciou prevalências mais elevadas de HAS na 5ª e 6ª décadas para os homens, e na 7ª e 8ª décadas para o sexo feminino<sup>3</sup>. No presente estudo, a maior parte dos pacientes (80,1 %) encontravam-se na sexta, sétima e oitava décadas de vida. Estudos epidemiológicos brasileiros demonstram que prevalência da HAS na população



idosa é bastante elevada<sup>2</sup>. Embora exista uma tendência de aumento da PA com a idade, níveis de PAS acima de 140 e/ou de PAD acima de 90 não devem ser considerados fisiológicos, mesmo para os idosos<sup>2</sup>.

Os indivíduos casados corresponderam a 65 % do total, número que se eleva para 66,3 % se for somado a esse item o dado união estável. No trabalho de Hafe, PV et al., os casados corresponderam a 65,78 %, sendo que estes mesmos corresponderam a 71,4 % dos hipertensos não-controlados e 58,8 % dos controlados<sup>3</sup>. Estes dados contrastam com o presente estudo, onde não houve diferença significativa, com os casados correspondendo a 51,9 % dos não-controlados e 48,1 % dos controlados.

Houve uma tendência ao aumento na prevalência de controlados de acordo com a elevação da renda mensal. Há evidências de possíveis efeitos na PA relacionados a “condições psicossociais estressantes”, tais como insatisfação social, desemprego, baixo nível educacional e inatividade física, embora o papel de medidas antiestresse na terapêutica anti-hipertensiva ainda não esteja definido<sup>2</sup>.


Metade dos pacientes tinha diagnóstico de HAS há menos de 10 anos, e o tempo de diagnóstico mostrou relação com a faixa etária dos pacientes, tendendo a ser maior naqueles com idade mais avançada. Segundo Hafe, PV et al., estudos realizados em outras populações mostram que o conhecimento da HAS tem aumentado nos últimos anos<sup>3</sup>. Coelho, AM e Coelho, R et al. coloca o longo curso, geralmente assintomático, da HAS como um fator contribuinte para a dificuldade no diagnóstico e eficácia do tratamento<sup>9</sup>.

O baixo grau de escolaridade (analfabetismo ou 1º. grau incompleto) não representou fator prejudicial ao controle dos níveis tensionais. Braga, CC et al. destaca, no entanto, a importância do baixo grau de instrução como fator de risco, pois teria relação direta com a assimilação das orientações gerais oferecidas aos pacientes hipertensos<sup>14</sup>. Entre os estudos que estimam a

prevalência de fatores de risco e HAS, destaca-se o de Klein & Araújo (1985), em que o tabagismo, o etilismo e o baixo grau de instrução são características de indivíduos com maior risco de HAS e de médias mais elevadas de PA<sup>14</sup>.

A doença associada mais freqüente foi a dislipidemia. O estudo de Braga, CC et al. coloca o estresse, com 10,5 %, seguido do colesterol, com 9,1 % dos pacientes, como os mais freqüentes fatores de risco associados aos pacientes hipertensos<sup>14</sup>. Hafe, PV et al. apresenta a hipercolesterolemia como o fator de risco cardiovascular mais freqüente, acometendo 70,9 % dos hipertensos, enquanto o diabetes aparece em apenas 7%<sup>3</sup>. No grupo com dislipidemia, a prevalência de hipertensos controlados foi menor que no grupo sem dislipidemia. Dislipidemia e HAS são 2 afecções cuja associação é freqüente e deve ser tratada agressivamente<sup>2</sup>.

A prevalência de lesões em órgãos-alvo tendeu a ser mais elevada entre os pacientes com número mais alto de fatores de risco maiores.

No presente estudo, o DM aparece em cerca de ¼ dos pacientes e mais que a metade destes diabéticos encontram-se com dislipidemia associada. A prevalência de HAS em diabéticos é pelo menos 2 vezes a da população em geral<sup>2</sup>. No DM tipo 2, a HAS associa-se comumente a outros fatores de risco cardiovascular, tais como dislipidemia, obesidade, HVE e hiperinsulinemia<sup>2</sup>.

Pela maior prevalência e gravidade da retinopatia em diabéticos hipertensos, é obrigatória a realização periódica de fundoscopia ocular<sup>2</sup>.

O estresse não foi considerado como fator de risco no presente estudo porque a eficácia de terapêuticas anti-estresse no combate à HAS ainda não foi estabelecida universalmente<sup>2</sup>.

Noventa e cinco por cento dos pacientes afirmaram não fumar no momento, embora quase 80 % tenham referido tabagismo antes do início do tratamento. No estudo de Braga, CC et al., a prevalência de fumantes foi ainda menor, atingindo apenas 1,4 %<sup>14</sup>. A prevalência de fumantes no trabalho de Hafe, PV et al. foi de

20,4 %, sendo que os ex-fumantes constituíram 21 % dos pacientes<sup>3</sup>. “Ainda que a PA e a frequência cardíaca se elevem durante o ato de fumar, o uso prolongado de nicotina não se associa a maior prevalência de HAS”<sup>2</sup>. Entretanto, o tabagismo deve ser combatido por ser a mais importante causa modificável de morte, constituindo risco para doença coronariana, acidente vascular encefálico e morte súbita, além de colaborar com o risco de câncer e doenças pulmonares<sup>2</sup>. Neste trabalho, nenhum fumante tinha PA sob controle. Entre os não-fumantes, a prevalência de controlados foi de aproximadamente 48 %. A prevalência de controlados entre os não-fumantes (e ex-fumantes há mais de 10 anos) foi semelhante no estudo de Hafe, PV et al (cerca de 43,7 %)<sup>3</sup>. O tabagismo mostrou uma tendência a atuar como fator prejudicial ao controle da PA nos pacientes deste estudo.

O sexo feminino pós-menopausa foi o mais freqüente entre os fatores de risco maiores. “As mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares antes da menopausa”<sup>2</sup>. Recomenda-se evitar IECA e antagonistas do receptor de angiotensina II na idade fértil sem método anticoncepcional comprovadamente seguro<sup>2</sup>. O aparecimento de HAS durante uso de anticoncepcional oral implica a sua descontinuação imediata<sup>2</sup>. A reposição hormonal tem pouca interferência sobre a PA e indiscutíveis benefícios sobre o risco cardiovascular<sup>2</sup>.

A prevalência de pacientes com história familiar de DCV precoce foi de 28,8 %. O trabalho de Braga, CC et al encontrou apenas 1,4 % dos pacientes apresentando antecedente familiar como fator de risco<sup>14</sup>. Uma clara relação entre HAS e DCV vem sendo estabelecida por meio de um largo conjunto de estudos epidemiológicos<sup>3</sup>.

Diuréticos foram as medicações mais indicadas (80,3%), seguidos pelos IECA (28,2 %). No estudo de Hafe, PV et al, 46 % dos indivíduos estavam em tratamento com diurético, 29 % com IECA e 29 % com antagonista de canal de

cálcio<sup>3</sup>. Monoterapia com diurético constuiu o regime medicamentoso mais comumente indicado (51,3%), seguido da associação entre diurético e IECA. No estudo de Lessa, I et al, a maioria dos pacientes usava esquema terapêutico com associação de 2 drogas anti-hipertensivas<sup>8</sup>. O bom senso recomenda escolher as medidas factíveis para cada caso, o que poderia ser uma das justificativas para a maior utilização dos diuréticos, que são fornecidos de forma gratuita na rede pública de saúde, na terapia farmacológica em pacientes cuja faixa de renda mensal mais freqüente foi inferior a 3 salários-mínimos. O tratamento deve ser individualizado e a escolha do medicamento deve basear-se no mecanismo fisiopatogênico, características individuais, doenças associadas e condições sócio-econômicas<sup>2</sup>. A redução da morbimortalidade cardiovascular para hipertensos leves e moderados foi demonstrada de forma consistente apenas para os diuréticos e beta-bloqueadores<sup>2</sup>. Nos casos em que se faz necessária a associação de mais de um agente anti-hipertensivo, o uso de diuréticos é fundamental<sup>2</sup>.

Naqueles indivíduos sob uso de medicação anti-hipertensiva, a prevalência de hipertensos controlados foi de 44,9 %. Em relação aos indivíduos sob terapêutica anti-hipertensiva no trabalho de Hafe, PV et al, verificou-se que 17,1 % apresentavam PA inferior a 140/90 mmHg<sup>3</sup>.

A distribuição dos pacientes nas diversas classes de HAS detectou maior prevalência daqueles em HAS moderada e grave. Os indivíduos com PA classificada como normal ou normal limítrofe representaram 27,3 % do total. No estudo de Braga, CC et al, que usou como valor de referência a PAD até 94 mmHg, a prevalência de normotensos foi de 74,1 %. A maior prevalência de HSI foi registrada na 6<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> décadas, e esta condição mostrou-se um fator preditor de lesões em órgãos-alvo, embora sem significância estatística. Não houve casos de HSI no trabalho de Lessa, I et al<sup>8</sup>. No entanto, a hipertensão sistólica é a mais prevalente entre os idosos e parece estar mais relacionada a eventos

cardiovasculares que a diastólica ou a sisto-diastólica<sup>2,4,10</sup>. O estudo de Hafe, PV et al observou um incremento da PAS com a idade em ambos os sexos<sup>3</sup>. A prevalência de pacientes com HAS leve foi de 22,1 %, frente a uma prevalência de 47 % de hipertensos classe I no estudo de Hafe, PV et al<sup>3</sup>.

No que diz respeito ao controle da HAS, o estudo de Hafe, PV et al encontrou uma prevalência de 44,7 % de pacientes com PA inferior a 140/90 mmHg (classificados como muito bem controlados)<sup>3</sup>. No trabalho de Lessa, I et al, foram considerados controlados os hipertensos com PAD inferior a 90 mmHg, cuja prevalência foi de 18,8 %<sup>8</sup>. No presente estudo, em que o critério utilizado foi a presença de nível pressórico  $\leq 140/90$  mmHg, a prevalência global de pacientes controlados foi de aproximadamente 48 %. Segundo Hafe, PV et al, embora o conhecimento e controle da HAS tenha aumentado nos últimos anos, a maioria dos pacientes hipertensos encontra-se mal controlada, tanto nas sociedades industrializadas como principalmente nos países menos desenvolvidos<sup>3</sup>.

## 6 – CONCLUSÕES

Em se tratando do perfil do paciente hipertenso atendido no Centro de Saúde Itacorubi II, após a descrição e avaliação dos dados coletados através de visitas domiciliares e aplicação de questionário, podemos concluir que:

### **A) Quanto aos aspectos sócio-demográficos e econômicos**

1. a grande maioria é do sexo feminino;
2. a média de idade é de aproximadamente 62 anos, quase todos têm idade igual ou superior a 40 anos e mais de 60 % têm idade igual ou superior a 60 anos;
3. mais que 60 % são casados ou se encontram em união estável;
4. mais que a metade tem baixo grau de escolaridade (analfabetismo ou 1º grau incompleto);
5. 65 % têm renda mensal familiar de até 3 salários-mínimos;

### **B) Quanto à pressão arterial**

6. o controle da pressão arterial mostra relação direta positiva com o valor da renda mensal familiar;
7. 95 % afirmam não fumar no momento e o tabagismo se mostra um fator prejudicial ao controle da PA;
8. o tempo de diagnóstico é inferior a 10 anos em metade dos pacientes e tende a ser maior nos pacientes com idade mais avançada;
9. dislipidemia é a doença associada mais freqüente;

10. o sexo feminino pós-menopausa é o mais freqüente entre os fatores de risco maiores;
11. os grupos com maior número de fatores de risco maiores tendem a apresentar maior prevalência de lesões em órgãos-alvo;
12. monoterapia com diurético é o regime medicamentoso mais freqüentemente indicado;
13. HAS moderada/grave é a classe mais prevalente;
14. a maioria dos pacientes não têm PA controlada.

## 7 – REFERÊNCIAS

1. Lessa I, Doenças crônicas não-transmissíveis: Bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Filho NA: Epidemiologia & saúde. 5ª edição. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. P.285-99.
2. Kohlmann Jr O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado CA, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1ª edição. Campos do Jordão: BG Cultural; 1998.
3. Hafe PV, Andrade MJ, Fernando PB, Lopes C, Maciel MJ, Coelho R, et al. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão arterial no Porto, Portugal. Rev Port Cardiol 1997; 16 (9): 683-90.
4. Tierney Jr LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current medical diagnosis & treatment. 36ª edição. Stamford: Appleton & Lange; 1997.
5. Oparil S, Hipertensão arterial. In: Bennett JC, Plum F: Cecil tratado de medicina interna. 20ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. P. 285-301
6. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.



7. Milech A, Forti AC, Bittencourt AV, Costa AP, Santomauro ATG, Feuz AS, et al. Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o Diabetes Mellitus. São Paulo: SBD; 1997.
8. Lessa I, Filho DE, Santo MEGE. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 1983; 41(2): 119-23
9. Coelho AM, Coelho R, Barros H, Rocha-Gonçalves F, Reis-Lima MA. Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, compliance e qualidade de vida. Rev Port Cardiol 1997; 14 (11): 873-83.
10. Lenfant C. High blood pressure – some answers, new questions, continuing challenges. JAMA 1996; vol. 275 (20): p. 1604-6.
11. Frohlich ED. The necessity for recognition and treatment of patients with “mild” hypertension. JACC 1999; vol. 34 (5): p. 1369-77.
12. Alderman MH. Non-pharmacological treatment of hypertension. The Lancet 1994; vol. 344: p. 307-11.
13. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons LW, Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. JAMA 1984; vol. 252 (4): p. 487-90.

14. Braga CC, Silva CVP, Rodrigues MA, Lima C, Zamataro VCO, Mornesso DM, et al. Perfil dos pacientes hipertensos atendidos no posto de saúde do Jardim Santiago – Londrina - PR. Semina 1994; vol. 15: p. 11-6.
15. Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias - Detecção - Avaliação – Tratamento. Arq Bras Cardiol 1994;63(supl): 1-13.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi digitado segundo as normas da resolução nº 003/00 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

## **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil do paciente hipertenso em acompanhamento no CS II Itacorubi. Foram incluídos 80 pacientes com diagnóstico de HAS de acordo com o III CBHA. Durante as visitas domiciliares, foi aplicado um questionário sobre dados econômicos e sócio-demográficos, tempo de diagnóstico, drogas utilizadas, fatores de risco maiores e doenças associadas.

Dentre os pacientes incluídos, 73,8 % eram do sexo feminino, 65 % eram casados, cerca de 80 % tinham entre 50 e 79 anos de idade, 65 % tinham renda familiar mensal entre 151 e 453 reais, cerca de 55 % tinham baixo grau de escolaridade e metade tinha diagnóstico há menos de 10 anos.

Aproximadamente 36 % tinham dislipidemia, 95 % eram não-fumantes, cerca de 60 % tinham idade superior a 60 anos, 61,2 % eram do sexo feminino pós-menopausa.

31,2 % apresentaram HAS moderada a severa, cerca de 52 % não tinham PA controlada, 51,3 % estavam sob monoterapia com diurético e 51,3 % não usavam a medicação regularmente.

Concluimos que os hipertensos atendidos no CS II Itacorubi são, em sua maioria, do sexo feminino pós-menopausa, casados, com idade variando entre 50 e 79 anos e renda mensal na faixa de 151 a 453 reais, não têm 1º grau completo e têm diagnóstico há menos de 10 anos, apresentam HAS moderada a severa, estão sob monoterapia com diurético e não usam a medicação regularmente.

## SUMMARY

The purpose of this study was to describe the profile of the hypertensive patients assisted at the CS II Itacorubi. The subjects were 80 patients with diagnosis of systemic hypertension according to the 3<sup>rd</sup> Brazilian Consensus.

As part of the home visits, the patients were asked to answer a questionnaire about economic and social-demographic issues, time since diagnosis, use of medication, major risk factors for hypertension and associated illness.

Out of 80 patients studied, 73,8 % were females, 65 % were married, about 80 % were between 50 and 79 years old, 65 % had monthly familiar income between 151 and 453 reais, about 55 % were illiterate or had incomplete elementary education, 50 % had hypertension diagnosed for less than 10 years.

About 36 % presented dyslipidemia, 95 % were non-smokers, about 60 % were over 60 years old, 61,2 % were female after menopause.

31,2 % presented moderate to severe hypertension, about 52 % had not blood pressure under control, 51,3 % were under diuretic monotherapy and 51,3 % were not in regular use of medication.

From the above data we conclude that the majority of the patients are females after menopause, married, with age between 50 and 79 years old and monthly familiar income between 151 and 453 reais, have incomplete elementary education and hypertension diagnosed from less than 10 years, present moderate to severe hypertension, are in use of diuretic monotherapy and are not in regular use of medication.

# APÊNDICE

## INSTRUMENTO I

Avaliação do paciente hipertenso no Centro de Saúde II Itacorubi.

1. Qual o seu nome?
2. Qual sua idade?
1. Sexo masculino ou feminino?
2. Qual a sua PA na última vez que mediu?
3. Há quanto tempo sabe que tem pressão alta?
4. Foi atendido por médico e estudante de medicina ou somente por médico?
5. Estudou até que série no colégio (escolaridade) ?
  - ( ) analfabeto                      ( ) 2º grau completo
  - ( ) 1º grau incompleto      ( ) 3º grau incompleto
  - ( ) 1º grau completo          ( ) 3º grau completo
  - ( ) 2º grau incompleto
6. Qual seu estado civil?
  - ( ) casado(a)      ( ) união estável
  - ( ) solteiro(a)      ( ) separado(a)
  - ( ) viúvo(a)
7. Qual a renda familiar mensal?
8. Sobre os fatores de risco maiores para HAS:
  - A. É fumante?
  - B. Tem dislipidemia (colesterol total maior ou igual a 240 mg/dL)?
  - C. Tem diabetes mellitus (diagnóstico clínico)?

- D. É do sexo masculino ou do sexo feminino após a menopausa?
  - E. Tem história na família de doenças cardiovasculares (infarto, acidente vascular encefálico, doenças do coração) em homens com menos de 55 anos ou mulheres com menos de 65 anos?
  - F. Tem lesões em órgão alvo (conforme exames complementares)?
  - G. Se tem lesão em órgão alvo, qual?
9. Sobre o tratamento medicamentoso:
- A. O médico receitou algum remédio?
  - B. Se sim qual?
  - C. Acha que os remédios receitados podem ajudar a melhorar sua doença?  
☐ melhora    ☐ piora    ☐ não interfere
  - D. Caso tenha sido receitada medicação, como usa ela?  
☐ regularmente (todos os dias)  
☐ irregularmente (nem sempre)  
☐ não usa
  - E. Caso não use regularmente, qual o motivo?
10. Em relação ao tratamento não medicamentoso:
- 12.1. Restrição ao sódio (consumir até 2,4g de sódio/dia ou até 6g de cloreto de sódio/dia, equivalente a 1 colher de chá).
- A. O médico comentou alguma coisa sobre o uso de sal na comida?
  - B. Se sim o que?
  - C. Acha que comer comida com pouco sal pode ajudar no tratamento de sua doença?  
☐ melhora    ☐ piora    ☐ não interfere

D. Caso o médico tenha sugerido comer pouco sal, está seguindo?

E. Se não segue, por que?

12.2. Perda de peso para índice de massa corporal menor que 25.

A. O médico falou alguma coisa sobre o seu peso?

B. Se sim, o que?

C. Acha que reduzir ou manter seu peso poderia ajudar no tratamento de sua doença?

( ) melhora      ( ) piora      ( ) não interfere

D. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está conseguindo seguir?

E. Se não consegue seguir, por que?

12.3 Exercícios físicos regulares (30 a 45 minutos, 3 a 5 vezes por semana, há pelo menos 12 semanas).

A. O médico falou algo sobre exercícios físicos?

B. Se sim, o que?

C. Acha que fazer exercícios físicos regulares pode ajudar no tratamento de sua doença?

( ) melhora      ( ) piora      ( ) não interfere

D. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?

E. Se não consegue seguir, por que?

12.4 Aumento da ingesta de potássio, ingestão de 2g/dia de potássio (alimentos ricos em potássio: feijão, beterraba, abacaxi, banana, amêndoa, batata, tomate, frutas secas, cenoura, espinafre, amendoim, couve, germe de trigo, mandioca).

A. O médico falou algo sobre alimentos ricos em potássio?



- B. Se sim, o que?
- C. Acha que comer esses alimentos pode ajudar no tratamento de sua doença?  
( ) melhora      ( ) piora      ( ) não interfere
- D. Caso o médico tenha proposto esse tratamento, está seguindo?
- E. Se não segue, por que?

#### 12.5 Restrição de bebidas alcoólicas.

- A. Bebia antes de iniciar o tratamento para HAS?
- B. O médico falou algo sobre bebidas alcoólicas?
- C. Se sim, o que?
- D. Acha que seguir esta orientação ajudar no tratamento de sua doença?  
( ) melhora      ( ) piora      ( ) não interfere
- E. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?
- F. Se não está seguindo, por que?

#### 12.6 Não tabagismo.

- A. Fumava antes de iniciar o tratamento da HAS?
- B. O médico falou algo sobre fumar?
- C. Se sim, o que?
- D. Acha que não fumar pode ajudar no tratamento de sua doença?  
( ) melhora      ( ) piora      ( ) não interfere
- E. Caso o médico tenha proposto este tratamento, está seguindo?
- F. Se não segue, por que?

**TCC  
UFSC  
SP  
0031**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC SP 0031**

**Autor: Stolf, Giovanni Cé**

**Título: Perfil do paciente heipertenso a**



972809517

Ac. 254109

**Ex.1 UFSC BSCCSM**